

University of Groningen

De Amsterdamse co-assistent

Eijk, C. van der; Stokman, F.N.

Published in:
Default journal

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
1972

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Eijk, C. V. D., & Stokman, F. N. (1972). De Amsterdamse co-assistent: Zijn opvattingen over de opleiding tot huisarts. Default journal.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

De Amsterdamse co-assistent: zijn opvattingen over de opleiding tot huisarts

DOOR C. VAN DER EIJK EN F. N. STOKMAN

1 *Inleiding.* In dit artikel wordt een deel van een onderzoek gerapporteerd dat in februari 1971 is gehouden onder de medische studenten van de universiteit van Amsterdam, die hun doctoraalexamen met goed gevolg hadden afgelegd.

Sinds 1969 bestaat aan de faculteit der geneeskunde het instituut voor huisartsgeneeskunde (I.H.G.). Dit instituut heeft onder meer tot taak het organiseren van een twee weken durend co-assistentenschap bij een huisarts. Dit co-assistentenschap is door de faculteit verplicht gesteld en de studenten moeten alle andere co-assistentenschappen hebben gevolgd alvorens aan dit co-assistentenschap te mogen deelnemen. Met het co-assistentenschap beoogt het instituut de studenten kennis te laten maken met de huisartspraktijk; hiertoe zijn zij tijdens hun opleiding vrijwel niet in de gelegenheid.

Het instituut voor huisartsgeneeskunde heeft de afdeling personeelwerk van de sociale academie (Karhuizersplantsoen) van Amsterdam benaderd om een onderzoek te verrichten naar de mening van de studenten over het co-assistentenschap bij een huisarts en over de belasting welke zij daarbij nog acceptabel vinden. De auteurs, part-time docenten van de sociale academie in sociaal onderzoek, hebben tezamen met de vierdejaars studenten afdeling personeelwerk dit onderzoek op zich genomen.*

Vanuit de probleemstelling, de mening van de studenten over het co-assistentenschap en over de aanvaardbare belasting, zijn een aantal onderzoeksmogelijkheden denkbaar.

Een vrij ideale opzet van onderzoek voor deze probleemstelling lijkt een panelonderzoek te zijn, waarbij de studenten zowel voor als na het co-assistentenschap worden geïnterviewd. Door deze opzet is het mogelijk individuele veranderingsprocessen ten gevolge van het co-assistentenschap te analyseren. Een dergelijke opzet kwam niet in aanmerking vanwege de onmogelijkheid een en ander in een jaar af te ronden, een eis die voortvloeit van-

uit het karakter van het leeronderzoek dat dit project voor de participerende studenten bezat. Om dezelfde reden kon ook niet worden gekozen voor een enquête na het co-assistentenschap, zoals *Persoon* en *Mertens* in hun onderzoek onder Nijmeegse co-assistenten hebben gedaan. Ook dan zou de periode van het verzamelen van data minstens over een jaar zijn uitgestrekt, omdat in november 1970 pas de eerste co-assistentenschappen bij een huisarts werden gelopen.

Op grond van deze overwegingen en andere beperkingen vanuit de situatie van het leeronderzoek werd gekozen voor een schriftelijke enquête voor het begin van het co-assistentenschap bij een huisarts. Vanwege de wenselijkheid ook belangrijke subgroepen zoals studenten die huisarts willen worden nader te analyseren, werd besloten de vragenlijst toe te zenden aan alle studenten tussen het doctoraalexamen en het artsexamen met uitzondering van een klein aantal studenten die het co-assistentenschap reeds hadden gedaan. Van de lijst van 341 studenten tussen het doctoraalexamen en het artsexamen bleken negen studenten reeds te zijn afgestudeerd, zodat de totale populatie op 332 studenten mag worden gesteld.

Van deze 332 studenten hebben 243 de vragenlijst teruggezonden, hetgeen een respons betekent van 73,2 procent. Dit is ook voor een dergelijke gemotiveerde en met de pen bedreven populatie een relatief hoge respons. Een aantal jaren geleden heeft bijvoorbeeld de medische studentenvereniging M.F.A.S. een schriftelijke enquête gehouden over de co-assistentenschappen in het algemeen; de respons was bij dit onderzoek slechts 60,4 procent (*Enquête A.V.C.*).

Van de 243 teruggezonden vragenlijsten zijn 232 vragenlijsten in het onderzoek opgenomen. Elf vragenlijsten waren namelijk niet volledig ingevuld door een fout onzerzijds (blanco pagina in de vragenlijst).

In het onderzoek is de probleemstelling van het instituut voor huisartsgeneeskunde uitgewerkt rond een aantal complexen van vragen, die onzes inziens in beschouwing moesten worden genomen voor

* De betreffende studenten waren: mej. G. W. S. Bakker, W. P. Cotteleer, M. H. Flentge, J. G. T. Hacquebard, P. E. Jansen, D. J. L. Schmidt en mej. M. D. Weyer.

een goede evaluatie van het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde.*

Het eerste complex vragen richt zich op de tevredenheid met de huidige opleiding tot huisarts en van daaruit de behoefte bij de studenten aan een specifiek op de huisartspraktijk gericht co-assistentenschap. Hierbij kan men tevens de vraag stellen of in de ogen van de studenten een dergelijk co-assistentenschap verplicht zou moeten zijn.

Een tweede complex vragen heeft betrekking op de verschillende aspecten welke men bij een dergelijk co-assistentenschap kan onderscheiden namelijk de lengte van het co-assistentenschap; de plaats van het co-assistentenschap in de studie: moeten andere co-assistentenschappen al dan niet voorafgaan aan het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde; de inrichting van het co-assistentenschap: ervaren de studenten de opdrachten die tijdens het co-assistentenschap worden gegeven als nuttig; welke activiteiten willen zij zelf doen en dergelijke.

In de volgende paragrafen zal achtereenvolgens op de bovengenoemde vragen nader worden ingegaan. Hierbij wordt niet gestreefd naar volledige verslaggeving van het onderzoek in al zijn facetten.**

2 *De opleiding tot huisarts.* Het co-assistentenschap bij een huisarts is in het studieprogramma opgenomen omdat men van mening was en is, dat de eigen aspecten van de huisartspraktijk onvoldoende in de opleiding naar voren komen. Vrijwel de gehele opleiding wordt gegeven door specialisten, die sterk de nadruk leggen op de vaktechnische aspecten van hun eigen gebied. In een huisartspraktijk moeten de vaktechnische aspecten van de verschillende specialismen worden geïntegreerd, terwijl bovendien de huisarts wordt geconfronteerd met een groot aantal sociale problemen.

Deze overwegingen hebben geleid tot een herstructurering van de medische opleiding, waarbij na zes jaar basisopleiding ook de toekomstige huisarts gedurende een jaar een speciale, op de huisartspraktijk gerichte opleiding krijgt. De door ons geënquêteerde co-assistenten volgen allen nog de oude uniforme artsenopleiding van zeven jaar.

Uit het onderzoek blijkt dat ook de studenten van mening zijn dat de huidige opleiding onvoldoende de eigen aspecten van het werk van de huisarts belicht. Slechts 10 procent is van mening dat deze eigen aspecten voldoende in de studie naar voren komen; 88 procent vindt dat dit onvoldoende gebeurt.

* Wij danken de medewerkers van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde voor hun kritische opmerkingen op en suggesties voor de vragenlijst.

** De data zijn voor secundaire analyse verkrijgbaar bij de auteurs en bij het instituut voor huisartsgeneeskunde.

Deze ontevredenheid wordt verder bevestigd bij de antwoorden op de vraag in welke opzichten het werk van de huisartsen zich volgens de respondent onderscheidt van andere medische beroepen en of deze aspecten in de opleiding naar voren zijn gekomen.

Van de studenten schrijft 62 procent twee of meer aspecten op die onvoldoende in de studie naar voren zijn gekomen, terwijl slechts 16 procent twee of meer voldoende naar voren gekomen aspecten noemt.

Men kan zich na deze gegevens afvragen of de studenten een co-assistentenschap bij een huisarts een geschikt middel vinden om de eigen aspecten van het werk van de huisarts te ervaren. Van de respondenten antwoordt 92 procent hierop positief. Het co-assistentenschap wordt echter niet als alleen zaligmakend beschouwd: 73 procent meent dat de eigen aspecten van het werk van de huisarts nog op een andere wijze in de studie moeten worden belicht.*

Dat de studenten het co-assistentenschap bij een huisarts als een belangrijk onderdeel van hun studie zien, blijkt eveneens uit het feit dat een co-assistentenschap bij een huisarts voor de eigen medische opleiding door 38 procent van de respondenten als zeer belangrijk en door 41 procent als belangrijk wordt ervaren. Slechts 14 respectievelijk 6 procent vindt een dergelijk co-assistentenschap niet zo belangrijk respectievelijk overbodig.

Dit betekent echter niet dat ook het overgrote deel van de studenten dit co-assistentenschap verplicht voor iedere student wil stellen: slechts 41 procent wil deze verplichting, terwijl 59 procent van de studenten de voorkeur geven aan een vrijwillig co-assistentenschap.

Van deze laatste groep studenten zegt 38 procent dat zij een dergelijk vrijwillig co-assistentenschap zeker en 39 procent waarschijnlijk in hun studieprogramma zullen opnemen. Bij een relatief grote groep studenten prevaleert kennelijk de wens tot vrije inrichting van de studie boven het belang dat zij aan een dergelijk co-assistentenschap hechten.

3 *De lengte van het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde.* Wanneer men de wensen van de studenten ten aanzien van de lengte van een bepaald onderdeel van de studie wil meten, is het van belang het referentiekader van de vragen hieromtrent duidelijk aan te geven.

Wanneer men namelijk zonder meer naar de gewenste duur zou vragen, blijft het onbekend welke studenten deze vraag beantwoorden vanuit het gegeven van de omvang van de andere onderdelen

* De studenten hebben in de vragenlijst aangegeven op welke wijze dit naar hun mening zou moeten gebeuren. Deze antwoorden zijn echter nog niet geanalyseerd.

van de studie en welke studenten vanuit de gedach-
tengang dat een eventuele verlenging zal worden
gecompenseerd door een verkorting van andere on-
derdelen. Voor de beleidsvoering van een onder-
wijsinstelling lijkt het gewenst de gewenste duur te
kennen vanuit beide referentiekaders:

de gewenste duur van een onderdeel van de stu-
die zonder eventuele verkorting van andere onder-
delen kan van belang zijn voor de beleidsvorming
op korte termijn;

de gewenste duur van een onderdeel met even-
tuele compensaties in andere onderdelen is van be-
lang voor de beleidsvorming op lange termijn,
waarbij meer fundamentele veranderingen in het
studieprogramma kunnen worden gerealiseerd.

Om de gewenste duur van het co-assistentchap
bij een huisarts te meten bij eventuele compensa-
ties in andere onderdelen van de artsopleiding is de
volgende vraag opgenomen:

„Tussen het doctoraalexamen en het artsexamen
is iedereen verplicht tien co-assistentenschappen te
lopen. Alleen voor keel-, neus- en oorkunde kan
men in verband met plaatsgebrek vervangende li-
teratuur bestuderen.

Hieronder zijn de tien co-assistentenschappen op-
gesomd. Bij elk is de huidige duur in weken aange-
geven. Wilt u aangeven hoe lang volgens u elk co-
assistentenschap zou moeten duren?

*Tabel 1. Gewenste duur van de tien co-assistent-
schappen tussen het doctoraal- en artsexamen.*

Aard co-assistentchap	Percentages studenten dat wenst*:					Huidige duur
	Langer	Gelijk	Korter	Geen ant- woord e.d.	Mediaan in aantal weken	
Interne geneeskunde.	15	55	23	7	14	14
Kindergeneeskunde .	7	37	49	8	6	8
Neurologie	10	60	23	8	6	6
Psychiatrie	20	50	21	9	6	6
Chirurgie	3	34	53	11	12	14
Verloskunde en gynaecologie	2	40	47	12	12	14
Oogheelkunde	5	42	42	11	3	3
Huid- en geslachtsziekten . . .	9	41	38	11	3	3
Keel-, neus- en oorheelkunde	1	22	66	11	3	4
Huisartsgeneeskunde	71	19	2	8	4	2
Mediaan totaal aantal weken					70	74

* Wegens afronding sommeren de percentages niet altijd tot
100.

Het totaal aantal weken waarop u uitkomt hoeft
niet gelijk te zijn aan dat van de huidige toestand.
Een hoger aantal weken betekent dat u voor stu-
dieverzwaring tussen doctoraal- en artsexamen
bent; een lager aantal dat u studieverlichting voor-
staat.”

In *tabel 1* wordt een overzicht gegeven van de
antwoorden op deze vraag. Voor elk co-assistent-
schap is aangegeven het percentage studenten dat
een hoger respectievelijk lager aantal weken dan
het huidige voor dat co-assistentchap wenst en
het percentage studenten dat als gewenste duur de
huidige lengte van een co-assistentchap opgeeft.
Verder is voor elk co-assistentchap de mediaan
gegeven van het gewenste aantal weken: 50 pro-
cent van de studenten wenst een duur die korter of
gelijk is aan dit aantal weken en 50 procent van de
studenten wenst een gelijke of langere duur.*

Uit de gegevens van *tabel 1* blijkt duidelijk dat
het overgrote deel van de studenten (namelijk
71 procent) een langer co-assistentchap bij een
huisarts wenst. Dit percentage springt des te ster-
ker naar voren, wanneer het wordt vergeleken met
de antwoorden betreffende de andere co-assistent-
schappen: alleen voor psychiatrie en interne genees-
kunde wenst een redelijk aantal studenten een lan-
gere duur namelijk respectievelijk 20 en 15 procent,
maar deze percentages vallen in het niet in verge-
lijking met de 71 procent bij het co-assistentchap
huisartsgeneeskunde. De mediaan bij het co-assis-
tentschap huisartsgeneeskunde valt in de categorie
van vier weken.

Een groot aantal studenten wenst een verkorting
van de co-assistentenschappen keel-, neus- en oorge-
neeskunde (K.N.O.) (66 procent), chirurgie (53 pro-
cent), kindergeneeskunde (49 procent) en verlos-
kunde en gynaecologie (47 procent). De mediaan
valt voor deze co-assistentenschappen in de catego-
rie van drie weken voor K.N.O., twaalf weken voor
chirurgie, zes weken voor kindergeneeskunde en
twaalf weken voor verloskunde en gynaecologie.
De mediaan voor het totale aantal weken co-assis-
tentschappen valt in de categorie 70 weken tegen-
over de huidige duur van 74 weken.

Betreffende de gewenste duur van het co-assis-
tentschap bij een huisarts zonder compensatie in
andere onderdelen van de studie, werd de

* De mediaan lijkt hier een meer geschikte maatstaf dan het
gemiddelde, omdat extreme antwoorden van een zeer lan-
ge gewenste duur geen invloed hebben op de mediaan,
maar wel op het gemiddelde.

Daartegenover staat echter dat de mediaan een nogal
„conservatieve” maat is, die minderheden die veranderin-
gen wensen niet tot hun recht laat komen. Men moet de
mediaan dan ook zien in samenhang met de gehele tabel.

vraag gesteld hoeveel weken de respondent een co-assistentenschap bij een huisarts zou willen lopen indien de andere co-assistentenschappen niet zouden worden verkort. Tien procent wilde dit co-assistentenschap in het geheel niet lopen of slechts gedurende een week, 23 procent gedurende de huidige twee weken, 16 procent gedurende drie weken, 41 procent gedurende vier weken.

Uit deze antwoorden blijkt, dat ook in de huidige opleiding het co-assistentenschap bij een huisarts veelal te kort wordt bevonden en dat een duur van drie tot vier weken zonder verkorting van de ander co-assistentenschappen wordt gewenst. Zoals hierboven reeds is medegedeeld wenst echter een relatief groot aantal studenten dit co-assistentenschap niet verplicht te stellen. Dit blijkt nogmaals uit de vraag hoeveel weken van het co-assistentenschap bij een huisarts de respondent voor iedere student verplicht zou willen stellen, indien de andere co-assistentenschappen niet zouden worden verkort: 42 procent wenst nul weken als verplichte duur.

De hier gevonden resultaten sluiten sterk aan bij die van een door de M.F.A.S. gehouden enquête onder co-assistenten in 1966. Op de vraag of een co-assistentenschap huisartsgeneeskunde diende te worden ingesteld antwoordde 82 procent bevestigend. Van dezen vond echter slechts 42 procent dat het een verplicht co-assistentenschap zou moeten zijn. (*Enquête A.V.C.*)

4 *De plaats van het co-assistentenschap in de studie vlak voor het artsexamen.* In het huidige studieprogramma kunnen de co-assistenten het co-assistentenschap bij een huisarts pas lopen nadat zij alle andere co-assistentenschappen hebben beëindigd. Deze regeling is getroffen vanuit de gedachtengang dat in de huisartspraktijk alle facetten van het medische beroep aan de orde kunnen komen.

Men kan zich echter afvragen of het noodzakelijk is dat alle andere co-assistentenschappen voor dit co-assistentenschap worden gelopen en of alle co-assistentenschappen als even relevant worden gezien voor een eerste kennismaking met de huisartspraktijk, zoals die met het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde wordt beoogd.

Wij hebben gepoogd de mening van de studenten hierover te weten te komen door bij de vraag over de gewenste duur van de verschillende co-assistentenschappen tevens te laten aangeven welke co-assistentenschappen volgens de respondent verplicht moeten worden gedaan, alvorens met een co-assistentenschap bij een huisarts mag worden begonnen.

Voor de analyse van deze antwoorden werd een bepaalde meettechniek gebruikt, de Guttman-

schaalanalyse, waarmede kan worden nagegaan of de antwoorden op deze vragen door de respondenten zijn gegeven vanuit één onderliggende dimensie of houding.*

In tabel 2 zijn de resultaten van de Guttman-analyse weergegeven. Voor elke vraag is daarbij in percentages aangegeven hoeveel studenten het positief alternatief — dat wil zeggen het alternatief waarin de betreffende houding tot uitdrukking komt, in dit geval „verplicht vóór het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde” — hebben aangestreept. Verder is voor elke vraag de itemcoëfficiënt H_i gegeven, terwijl onder in de tabel de schaalcoëfficiënt H voor de gehele schaal is gegeven.

Uit de waarde van de schaalcoëfficiënt ($H =$

* De mate waarin de gegeven antwoorden op een reeks van vragen overeenstemmen met het theoretische model van één onderliggende dimensie of houding van waaruit de antwoorden zouden worden gegeven, wordt aangegeven met de schaalcoëfficiënt H („coëfficiënt of homogeniteit”). In het algemeen neemt men de volgende grenzen aan: $H \geq .50$ sterke schaal; $.50 > H \geq .40$ matige schaal en $.40 > H \geq .30$ zwakke schaal.

Behalve de coëfficiënt H voor de gehele schaal, kan men op soortgelijke wijze voor elke vraag i (item i) een itemcoëfficiënt H_i definiëren, die aangeeft in welke mate de antwoorden op dit item zich in vergelijking met de andere items gedragen overeenkomstig ons model. Naast bovengenoemde eisen die aan de gehele schaal worden gesteld, wordt over het algemeen geëist dat elk in de schaal opgenomen item een itemcoëfficiënt heeft $\geq .30$ (Mokken).

Tabel 2. *Schaal verplichting co-assistentenschappen vóór co-assistentenschap huisartsgeneeskunde.*

Item	Frequentie positief alternatief „verplicht vóór co-assistentenschap huisartsgeneeskunde” (in percentages)	H_i
1 Oogheelkunde	50	.91
2 Huid- en geslachtsziekten . . .	57	.83
3 K.N.O.	65	.79
4 Neurologie	77	.69
5 Chirurgie	78	.62
6 Verloskunde en gynaecologie .	82	.69
7 Psychiatrie	84	.70
8 Kindergeneeskunde	91	.86
9 Interne geneeskunde	95	1.00

Schaalcoëfficiënt voor de gehele schaal: $H = .77$

.77) blijkt, dat het hier om een zeer sterke schaal gaat, zodat mag worden geconcludeerd dat de antwoorden op deze vragen inderdaad door de verschillende studenten zijn gegeven vanuit één gemeenschappelijke onderliggende dimensie of houding.

Vanuit het door ons gehanteerde model is het thans mogelijk de verschillende vragen of items te ordenen naar moeilijkheid, dat wil zeggen men kan in dit geval de volgorde van de co-assistentenschappen aangeven waarin zij door de studenten niet meer verplicht worden gesteld vóór het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde.

Deze volgorde wordt bepaald door de frequentie waarmee het positief alternatief (in dit geval: „verplicht vóór co-assistentenschap huisartsgeneeskunde”) wordt genoemd: hoe geringer de frequentie, des te moeilijker is het item, des te groter de dosis van de onderliggende houding die nodig is om dit alternatief aan te strepen.

Vanuit de gegevens van *tabel 2* kan dus worden opgemaakt dat studenten die één co-assistentenschap niet verplicht willen stellen, hiermede met grote waarschijnlijkheid oogheelkunde bedoelen. Studenten die vóór het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde twee co-assistentenschappen niet verplicht willen stellen zullen met grote waarschijnlijkheid oogheelkunde en huid- en geslachtsziekten laten vallen. Bedoelde ordening is in *tabel 2* aangegeven met de nummering 1 tot en met 9. Uit de frequenties van het positieve alternatief blijkt, dat alle co-assistentenschappen door 50 procent of meer van de studenten verplicht wordt gesteld vóór het co-assistentenschap bij een huisarts.

Vanuit het model is het niet alleen mogelijk de vragen of items te ordenen naar moeilijkheid, maar ook de respondenten te ordenen naar de mate waarin zij de onderliggende houding of grootheid bezitten. Deze ordening gebeurt door hen een somatiescore te geven, die aangeeft het aantal keren dat de respondent het positieve alternatief heeft gekozen. Bij de schaal van *tabel 2* kan deze score dus lopen van nul (geen enkel co-assistentenschap verplicht stellen) tot negen (alle co-assistentenschappen verplicht stellen vóór het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde). In paragraaf 6 wordt van deze mogelijkheid gebruik gemaakt bij het relateren van deze variabele aan een aantal andere variabelen.

5 De inrichting van het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde. Het laatste aspect van het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde dat van belang is, is de inrichting van het co-assistentenschap. Hierover zijn in het onderzoek vragen gesteld met betrekking tot de opdracht aan de studenten name-

lijk hetzij een integrale status te maken, hetzij een morbiditeitsonderzoek te verrichten*.

Bovendien is een lijst met werkzaamheden voorgesteld met de vraag of de co-assistent deze werkzaamheden zelf zou willen doen onder toezicht van de huisarts, dan wel of de huisarts deze werkzaamheden zou moeten verrichten terwijl de co-assistent hem observeert.

Ten aanzien van de integrale status en het morbiditeitsonderzoek werd zowel gevraagd of de studenten deze opdrachten nuttig voor zichzelf vinden alsmede of deze opdrachten gezien de duur van het co-assistentenschap (twee weken) een te zware belasting leken of niet. Van de respondenten vond 42 procent een integrale status en 59 procent een morbiditeitsonderzoek voor zichzelf nuttig; 29 procent vond noch de integrale status noch het morbiditeitsonderzoek nuttig; 39 procent van de respondenten zou liever een andere op de huisartspraktijk gerichte opdracht vervullen waarbij het overgrote deel een of meer concrete alternatieven gaf die op dit moment vanwege tijdgebrek bij de codering helaas niet verder kunnen worden geanalyseerd. In elk geval kan men uit deze percentages opmaken dat een vrij groot aantal studenten andere opdrachten dan de integrale status en het morbiditeitsonderzoek wenselijk acht.

Van de respondenten sprak 33 procent een voorkeur uit voor de integrale status, 54 procent voor het morbiditeitsonderzoek, terwijl 4 procent expliciet aangaf geen voorkeur voor een van beide opdrachten te hebben. Bij de interpretatie van deze percentages dient men echter rekening te houden met bovengenoemde gegevens, waaruit blijkt dat 39 procent liever een andere opdracht wenste te vervullen.

Relatief grote percentages studenten vonden zowel de integrale status (58 procent) als het morbiditeitsonderzoek (47 procent) een te zware belasting gezien de duur van het co-assistentenschap. Met name ten aanzien van dit aspect zou een enquête na het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde interessant zijn om na te gaan of studenten na afloop van dat co-assistentenschap nog steeds van mening zijn dat deze opdrachten gezien de duur van twee weken te zwaar zijn.

De studenten reageren aanzienlijk positiever ten aanzien van een colloquium, waarin na afloop van

* Het maken van een integrale status van een patiënt houdt in, dat de somatische, psychische en sociale toestand van een patiënt worden onderzocht en in een rapport neergelegd. Een morbiditeitsonderzoek houdt in dat gedurende het co-assistentenschap een overzicht wordt opgesteld van enkele persoonlijke kenmerken van de patiënten en de aard van de klachten waarmee zij bij de huisarts komen.

het co-assistentschap de ervaringen van de co-assistent worden besproken: 78 procent lijkt een dergelijk colloquium nuttig, terwijl bovendien 66 procent het zinvol vond vóór zijn eigen co-assistentschap colloquia van andere co-assistenten bij te wonen; 14 procent van deze laatste groep wil één colloquium, 35 procent twee, 22 procent drie en 20 procent vier of meer colloquia bijwonen.

Slechts weinig studenten vinden het nuttig wanneer vertegenwoordigers van de sociale wetenschappen bij het colloquium aanwezig zijn.

Bij de vraag „Wilt u hieronder met kruisjes aangeven wie volgens u bij het colloquium aanwezig zouden moeten zijn?” kruiste slechts 22 procent een socioloog aan, 18 procent een psycholoog en 14 procent een psychiater. Deze percentages dienen echter te worden geplaatst in het licht van de geringe aandacht die in de huidige medische opleiding aan de sociale wetenschappen wordt gegeven: tegen deze achtergrond duiden de percentages van rond twintig procent op een bewustwording bij een aanzienlijk aantal studenten van het belang van de sociale wetenschappen in de medische opleiding.

Zoals is te verwachten wenst een aanzienlijk groter aantal studenten de aanwezigheid bij het colloquium van docent(en) van het huisartseninstituut (85 procent), van de huisarts bij wie het co-assistentschap werd gelopen (80 procent) en van andere studenten (58 procent).

Voor de inrichting van het co-assistentschap bij een huisarts is verder van belang welke werkzaamheden in de huisartspraktijk de co-assistenten zelf willen doen. Hiertoe is de navolgende vraag in de vragenlijst opgenomen:

„Een co-assistentschap bij een huisarts kan in het ene uiterste zo geregeld worden, dat — eventueel met toestemming van de patiënt — de co-assistent alles zelf doet onder toezicht van de huisarts, in het andere uiterste zo, dat de huisarts alles zelf doet, terwijl de co-assistent hem observeert. Wilt u aangeven welke van de onderstaande werkzaamheden u zelf zouwt willen doen onder toezicht van de huisarts en welke dingen de huisarts zou moeten doen in uw bijzijn?”

Op deze vraag volgde een rij van zeventien werkzaamheden, terwijl de respondent bovendien nog andere werkzaamheden daaraan kon toevoegen. Van deze mogelijkheid heeft slechts 9 procent gebruik gemaakt, hetgeen duidt op een vrij volledig overzicht van werkzaamheden.

Deze zeventien werkzaamheden werden geanalyseerd op hun schaalbaarheid volgens het model, dat in paragraaf 4 werd geschetst. De resultaten van deze schaalanalyse zijn samengevat in tabel 3. De schaalanalyse leverde een sterke schaal op (H

$= .50$), waarin alle werkzaamheden zijn opgenomen. Ook hier hebben wij dus weer te maken met één onderliggende dimensie of houding, van waaruit de antwoorden door de verschillende co-assistenten zijn gegeven. De zeventien werkzaamheden vallen duidelijk in twee groepen uiteen. De sociale activiteiten hebben een relatief grote moeilijkheidsgraad: slechts 30 tot 40 procent van de respondenten willen zelf gezins-, arbeids- en andere sociale problemen met de patiënt doorspreken en contacten leggen met specialisten, maatschappelijk werkers en andere sociale instellingen. Dit betekent dat slechts co-assistenten die sterk de nadruk leggen op zelfwerkzaamheid, deze activiteiten zelf onder toezicht van de huisarts willen doen. De meeste studenten daarentegen willen de meer medisch-technische werkzaamheden zelf doen.

In ons onderzoek bleken relatief veel respondenten zich na hun studie te willen specialiseren: 128 studenten (55 procent) gaf op dat zij na hun studie

Tabel 3. *Schaal zelfwerkzaamheid in co-assistentschap huisartsgeneeskunde.*

Item	Frequentie positief alternatief „co-assistent zelf doen onder toezicht” (In percentages)	H_i
1 Gezinsproblemen met patiënt doorspreken	28	.62
2 Andere persoonlijke problemen met patiënt doorspreken	30	.58
3 Arbeidsproblemen met patiënt doorspreken	31	.56
4 Contacten met specialisten leggen	35	.45
5 Contacten met maatschap- pelijke werkers en andere sociale instellingen leggen . . .	36	.44
6 Sociaal onderzoek	60	.46
7 Bevallingen verrichten	60	.48
8 Laboratoriumwerk	66	.36
9 Psychisch onderzoek	67	.47
10 Huisbezoek	71	.47
11 Gynaecologisch onderzoek . .	72	.45
12 Receptuur	79	.40
13 Kleine chirurgische ingrepen .	80	.53
14 Verbinden	85	.57
15 Differentiële diagnostiek	88	.63
16 Anamnese	88	.63
17 Lichamelijk onderzoek	88	.70

Schaalcoëfficiënt voor de gehele schaal: $H = .50$

een specialisatie zouden kiezen of dat hun voorkeur daarnaar uitging. Slechts 54 studenten (23 procent) wilde huisarts worden of gaf huisarts als voorkeur op. Door het relatief grote aantal van deze toekomstige specialisten en het relatief geringe aantal toekomstige huisartsen is het mogelijk dat een aantal vragen schaalbaar zijn, omdat de dominante groep (in dit geval toekomstige specialisten) deze vragen vanuit één onderliggende dimensie heeft beantwoord, terwijl voor een kleinere subgroep (in dit geval toekomstige huisartsen) deze houding gecompliceerder is en niet als een ééndimensionale variabele mag worden opgevat. Om deze reden werd de schaalbaarheid van de voor een houding gebruikte vragen niet alleen voor de totale populatie onderzocht, maar tevens voor de subgroepen toekomstige specialisten en toekomstige huisartsen.

De in *tabel 3* gegeven items bleken inderdaad wel voor de subgroep toekomstige specialisten te schalen ($H = .52$), maar niet alle voor de subgroep toekomstige huisartsen. Voor deze subgroep werd een schaal met elf items vastgesteld. In deze schaal ($H = .62$) waren de volgende items in volgorde van moeilijk naar gemakkelijk opgenomen: gezinsproblemen met patiënt doorspreken; andere persoonlijke problemen met patiënt doorspreken; arbeidsproblemen met patiënt doorspreken; bevalingen verrichten; psychisch onderzoek; huisbezoek; sociaal onderzoek; gynaecologisch onderzoek; anamnese; differentiële diagnostiek en lichamelijk onderzoek.

Vergelijking met de gegevens van *tabel 3* toont aan dat de volgorde van de items vrijwel gelijk is aan die voor de totale populatie. Zes van de zeventien items werden echter voor de subgroep toekomstige huisartsen niet opgenomen.

Voor bovengenoemd verschijnsel zijn verschillende verklaringen mogelijk. De eerste mogelijkheid is dat toekomstige huisartsen een subgroep vormen met duidelijk afwijkende houdingen, waardoor een centrale ééndimensionale houding bij toekomstige specialisten uiteenvalt in een aantal verschillende houdingen bij toekomstige huisartsen. Een tweede mogelijke verklaring die nauw aansluit bij de eerste, zou kunnen zijn dat de verschillende houdingen, die in ons onderzoek werden opgenomen, vrijwel alle direct betrekking hebben op de huisartspraktijk en de verschillende facetten daarvan. Toekomstige huisartsen zullen zich vermoedelijk meer op deze huisartspraktijk hebben georiënteerd, waardoor zij wellicht meer dan één dimensie in de facetten van die huisartspraktijk onderscheiden, terwijl toekomstige specialisten vanuit een zekere distantie en vanuit het in de medische opleiding dominerende beeld de verschillende facetten

van de huisartspraktijk op één algemene dimensie plaatsen.

Het feit, dat het leggen van contacten met specialisten, met maatschappelijke werkers en andere sociale instellingen voor toekomstige huisartsen niet in de schaal zelfwerkzaamheid zijn opgenomen, maar een aparte schaal vormen van twee items, kan wellicht als een indicatie voor deze verklaring worden opgevat. De overige werkzaamheden die niet in de schaal zijn opgenomen (laboratoriumwerk, receptuur, kleine chirurgie en verbinden) zijn werkzaamheden die sterk in de uitvoerende sfeer liggen en slechts ten dele door de huisarts zelf worden verricht. Het feit dat deze werkzaamheden niet in de schaal zijn opgenomen betekent niet dat toekomstige huisartsen deze werkzaamheden niet willen verrichten, maar dat de antwoorden door hen niet vanuit één onderliggende dimensie zijn gegeven.

Resumerend kan worden gesteld, dat zowel voor de gehele populatie als voor de subgroepen toekomstige specialisten en toekomstige huisartsen een ééndimensionale schaal wordt gevonden inzake de zelfwerkzaamheid tijdens het co-assistent-schap huisartsgeneeskunde, met dien verstande dat voor de subgroep toekomstige huisartsen slechts elf van de zeventien werkzaamheden in deze schaal zijn opgenomen. Voor beide subgroepen geldt, dat slechts studenten met een sterke neiging tot zelfwerkzaamheid de meer sociaal gerichte werkzaamheden zelf willen doen, terwijl zeer veel studenten de meer medisch-technisch gerichte werkzaamheden zelf willen doen tijdens het co-assistent-schap. Hoewel de sociale activiteiten zich wellicht minder lenen voor behandeling door een co-assistent gedurende een kort co-assistent-schap van twee weken, kan hierbij een zekere verwaarlozing van of althans een aanzienlijk geringere aandacht voor deze aspecten in de medische opleiding zeker een rol spelen.

6 Het co-assistent-schap huisartsgeneeskunde: analyse van de samenhang tussen enkele variabelen. In de voorgaande paragrafen zijn de opvattingen van de co-assistenten behandeld ten opzichte van een groot aantal aspecten van het co-assistent-schap huisartsgeneeskunde. In deze paragraaf worden een aantal verbanden tussen deze variabelen, en met de variabele het toekomstige beroep aangegeven. Ook hier is, zoals in de rest van dit verslag, geen pretentie tot volledigheid. Slechts enkele verbanden zijn door ons geanalyseerd.

Er bestaat tussen een groot aantal van de hierboven behandelde variabelen en het toekomstige beroep van de co-assistenten een duidelijke samen-

hang. Zo komt in *tabel 4* naar voren dat studenten die huisarts willen worden of een voorkeur daarvoor uitspreken, minder voldoende en meer onvoldoende in de opleiding naar voren gekomen eigen aspecten van de huisartspraktijk noemen dan de specialisten: 59 procent van de toekomstige huisartsen noemt geen enkel aspect dat voldoende in de studie naar voren is gekomen, terwijl dit slechts bij 30 procent van de toekomstige specialisten het geval is. Daarentegen schrijft 77 procent van de toekomstige huisartsen twee of meer onvoldoende belichte eigen aspecten van de huisartspraktijk op tegen 52 procent van de toekomstige specialisten.

Vanuit dit gegeven is het niet verwonderlijk dat een aanzienlijk groter aantal toekomstige huisart-

Tabel 4. Aantal genoemde aspecten waarin de huisartspraktijk zich onderscheidt van andere medische beroepen; gesplitst naar gelang deze voldoende in de studie naar voren zijn gekomen en afgezet tegen het toekomstige beroep (in percentages).*

Aantal aspecten dat voldoende naar voren is gekomen:

	0	1	2 of meer	Wet niet/ geen antwoord	Totaal (aantal)
Toekomstig huisarts ...	59	26	26	4	100 (54)
specialist ..	30	33	18	19	100 (128)
Overigen ...	46	22	18	14	100 (50)
Totaal	41	29	16	14	100 (232)

Aantal aspecten dat onvoldoende naar voren is gekomen:

	0	1	2 of meer	Weet niet/ geen antwoord	Totaal
Toekomstig huisarts ...	7	9	77	6	100 (54)
specialist ..	9	20	52	19	100 (128)
Overigen	6	10	70	14	100 (50)
Totaal	8	16	62	15	100 (232)

* Onder toekomstige huisartsen (specialisten) worden verstaan degenen die zeggen huisarts (specialist) te willen worden na hun artsexamen, en degenen die dit nog niet zeker weten maar die op het moment van ondervraging een voorkeur voor het beroep van huisarts (specialist) uitspreken. De overigen hebben nog geen voorkeur of ambiëren een andere carrière (bijvoorbeeld een wetenschappelijke).

sen dan toekomstige specialisten het co-assistent-schap zeer belangrijk voor de eigen opleiding vindt (*tabel 5*). Van de toekomstige huisartsen vindt 70 procent het co-assistent-schap huisartsgeneeskunde zeer belangrijk, slechts 4 procent van hen vindt het co-assistent-schap niet zo belangrijk of overbodig. Deze percentages bedragen bij de toekomstige specialisten daarentegen respectievelijk 21 procent en 30 procent.

Een relatief grotere groep toekomstige huisartsen (52 procent) dan toekomstige specialisten (37 procent) wil dan ook het co-assistent-schap huisarts-geneeskunde verplicht stellen voor iedereen. Tevens blijkt dat toekomstige huisartsen relatief meer co-assistent-schappen verplicht willen stellen vóór het co-assistent-schap huisartsgeneeskunde dan toekomstige specialisten (*tabel 6*): 59 procent van de toekomstige huisartsen willen alle negen co-assistent-schappen verplicht laten lopen vóór het co-assistent-schap bij een huisarts tegen 43 procent van de toekomstige specialisten.

In paragraaf 5 werd zowel voor toekomstige specialisten als voor toekomstige huisartsen

Tabel 5. Toekomstig beroep tegen waardering van het belang van een co-assistent-schap bij een huisarts voor de eigen opleiding (in percentages).

	Belangrijkheid co-assistent-schap voor de eigen opleiding			
	Zeër belang-rijk	Belangrijk	Niet zo belangrijk/ overbodig	Totaal (aantal)
Toekomstig huisarts ...	70	26	4	100 (54)
Toekomstig specialist ..	21	48	30	100 (127)
Overigen	48	42	10	100 (50)
Totaal	38	41	20	100 (231)

Tabel 6. Het aantal co-assistent-schappen dat men verplicht gesteld wil zien vóór het co-assistent-schap huisartsgeneeskunde, gesplitst naar beroeps-keuze (in percentages).

	Aantal verplichte co-assistent-schappen			
	0 - 4	5 - 8	9	Totaal (aantal)
Toekomstig huisarts ...	11	30	59	100 (54)
Toekomstig specialist ..	16	41	43	100 (128)
Overigen	30	34	36	100 (50)
Totaal	18	37	45	100 (232)

een belangrijke variabele gevonden met betrekking tot de inrichting van het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde namelijk de schaal zelfwerkzaamheid. Voor toekomstige specialisten bleken alle zeventien werkzaamheden op één onderliggende dimensie te liggen, terwijl voor toekomstige huisartsen elf van deze zeventien werkzaamheden in één schaal waren onder te brengen.

Ter indicatie van de houding „zelfwerkzaamheid” werd de respondenten een sommatiescore gegeven, die aangeeft hoeveel van de elf werkzaamheden die in de schaal voor toekomstige huisartsen zijn opgenomen, de respondent zelf wil doen. Men zou verwachten dat studenten die veel werkzaamheden zelf willen verrichten in het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde een groot aantal co-assistentenschappen verplicht willen stellen vóór dat co-assistentenschap. Wanneer de vraag naar het belang van het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde wordt opgevat als een indicatie voor de gemotiveerdheid van de studenten voor dit onderdeel, zou bovendien een verband tussen deze vraag en de zelfwerkzaamheid in de rede liggen. Uit de gegevens van *tabel 7* en *8* blijkt echter dat zelfwerkzaamheid noch samenhangt met het belang dat men aan dit co-assistentenschap hecht, noch met het aantal verplicht te stellen co-assistentenschappen.

Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van dergelijke verbanden zou kunnen zijn dat de mate van zelfwerkzaamheid van studenten niet afhankelijk is van bepaalde onderdelen van de studie, met andere woorden dat studenten kunnen worden onderscheiden die over de gehele studie genomen meer nadruk op zelfwerkzaamheid leggen, van studenten die minder belang hieraan hechten.

Hoewel de houding zelfwerkzaamheid in dit onderzoek werd gemeten met een aantal vragen over werkzaamheden welke men in het kader van het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde zelf wil doen, betekent in deze interpretatie een hoge score op een dergelijke schaal een actieve instelling ten opzichte van de gehele studie, los van de specifieke oriëntatie op het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde. Dit zou betekenen dat hetzelfde resultaat zou zijn bereikt wanneer wij een aantal vragen hadden gesteld over het al dan niet zelf doen van werkzaamheden in een ander co-assistentenschap. Deze interpretatie wordt nog versterkt door het ontbreken van een verband tussen het toekomstige beroep en de mate van zelfwerkzaamheid.

7 Conclusies. Uit het onderzoek naar de opvattingen van de Amsterdamse co-assistenten over het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde komt duidelijk naar voren dat dit co-assistentenschap door een zeer grote groep van studenten wordt ervaren als

Tabel 7. Waardering van het belang van een co-assistentenschap bij een huisarts voor de eigen opleiding tegen schaal zelfwerkzaamheid (in percentages).

Score zelfwerkzaamheid	0 - 3	4 - 7	8 - 11	Totaal (aantal)
Zeer belangrijk	13	47	39	100 (89)
Belangrijk	6	47	47	100 (96)
Niet zo belangrijk/ Overbodig	15	37	48	100 (46)
Totaal	11	45	44	100 (231)

Tabel 8. Scores op de schaal „verplichting co-assistentenschappen vóór het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde” (9 items) tegen scores op de schaal „zelfwerkzaamheid” (11 items) (in percentages).

Score zelfwerkzaamheid	Aantal verplichte co-assistentenschappen			Totaal (aantal)
	0 - 4	5 - 8	9	
0 - 3	19	31	50	100 (26)
4 - 7	15	39	46	100 (104)
8 - 11	21	35	43	100 (102)
Totaal	18	37	45	100 (232)

een waardevolle aanvulling in de medische opleiding.

Het is niet verwonderlijk dat dit met name geldt voor studenten die kiezen voor het huisartsberoep. Gezien het grote aantal studenten dat daarnaast andere voorzieningen in de opleiding wenst om de eigen aspecten van de huisartspraktijk te belichten, lijkt het redelijk te veronderstellen dat de nieuwe opleiding van zes jaar met een eigen specialisatie tot huisarts in het zevende jaar positief door de studenten zal worden gewaardeerd. Het zou echter onjuist zijn de behandeling van de eigen aspecten van de huisartspraktijk pas in dit zevende jaar te behandelen. De huidige geringe belangstelling voor het huisartsberoep kan wellicht mede zijn te verklaren uit een te grote nadruk in de medische opleiding op de specialismen. Een evenwichtige beroepskeuze veronderstelt een evenwichtig informatieniveau over de verschillende beroepsmogelijkheden.

Zonder een serieuze behandeling van de huisartspraktijk in de eerste zes jaar zou een weloverwogen keuze uit de specialisaties in het zevende jaar onmogelijk zijn. Het feit, dat 64 procent van de

studenten in de nieuwe opleiding een co-assistent-schap bij een huisarts verplicht voor iedere student wil stellen in het zesde jaar, geeft een indicatie dat onze mening door een groot aantal studenten wordt gedeeld.

Behalve vragen over de medische opleiding en het co-assistent-schap huisartsgeneeskunde hebben wij in het onderzoek vanuit een eigen belangstelling een aantal vragen opgenomen over de arts-patiënt-relatie. In een volgend artikel zal hierop nader worden ingegaan.

Over zuigelingen*

DOOR H. KITS VAN HEIJNINGEN, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

Kinderen zijn ook mensen, zuigelingen zijn nog maar heel prille mensen, hetgeen inhoudt dat slechts enkele prille mededelingen zullen worden gedaan. Voor het ontstaan van de persoonlijkheid wordt immers aangenomen dat deze het produkt is van de interactie tussen aanleg en de invloed van de omgeving. In hetgeen volgt wordt een en ander uiteengezet over de huidige opvattingen over de rol van de aanleg en van de interactie tussen de moeder en haar jonge zuigeling. Daarnaast wordt een enkel voorbeeld genoemd uit een project dat lopend is en waarmede wordt geprobeerd preventief hulp te verlenen in gevallen, waarin deze interactie niet optimaal lijkt te verlopen.

In de vorige eeuw was men van mening dat bij de geboorte de persoonlijkheid van een mens was gegeven en daarmede vaststond. Men werd geboren als een misdadiger of als een goed mens en daaraan was verder niets te veranderen. Aan het eind van de vorige en aan het begin van deze eeuw kwam, dankzij de ontwikkeling van psychoanalyse en psychodynamiek, de betekenis van juist de vroegtijdig opgedane ervaringen en belevingen vast te staan. Algemeen bekend is hoe sinds deze ontwikkeling, door Freud op gang gekomen, de aandacht sterk werd gericht op genoemde invloed van de omgeving en de beleving daarvan met betrekking tot de ontwikkeling van de persoonlijkheid. Het is daarom misschien interessant om in te gaan op een moderne studie naar de aanlegfactoren bij het kind.

In de Verenigde Staten van Noord-Amerika heb-

Enquête A.V.C. Enquête 1965-1966 gehouden onder de toenmalige co-assistenten der Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam onder auspiciën van de Amsterdamse Vereniging van Co-assistenten Amsterdam, 1967.

Mertens, A. en J. Persoon. (1965) Katholiek Artsenblad, 44, 346-357.

Mokken, R. J., (1969) Acta Politica IV, 425-448.

Mokken, R. J., A theory and procedure of scale analysis. With applications in Political Research, Den Haag, 1970.

Persoon, J. en A. Mertens. (1967) Katholiek Artsenblad, 46, 88-96.

Persoon, J. en A. Mertens. (1968) Katholiek Artsenblad 47, 85-92.

ben *Thomas en medewerkers* gedurende tien tot veertien jaar de gedragingen van een groep van 142 kinderen vanaf hun eerste levensmaanden systematisch vervolgd. Na de nodige voorstudies en onderzoeken hebben zij systematisch hun waarnemingen vastgelegd wat betreft bepaalde gedragsaspecten, die vooral op aanleg leken te berusten. Deze gedragsaspecten zijn: activiteit; ritme en regelmaat; afleidbaarheid; toenadering of terugtrekken bij nieuw object of persoon; aanpassing aan veranderingen; aandacht en vasthoudendheid; intensiteit van reactie; prikkel-drempel; stemming.

Het belang van genoemde factoren is dat zij reeds op de zeer jeugdige leeftijd van enkele weken zijn te onderscheiden en te registreren, terwijl zij blijkbaar blijvend herkenbaar aanwezig zijn in de verdere ontwikkeling. Deze factoren werden in dit onderzoek systematisch nagegaan en op vaste tijden opnieuw onderzocht door middel van interviews, observaties en psychologische testen. Een belangrijke bevinding lijkt ook te zijn, dat zij in bepaalde groeperingen in een groot aantal van de gevallen samen voorkwamen.

Ongeveer 65 procent van de kinderen kon in drie groepen worden ondergebracht wat betreft het samengaan van bepaalde factoren. De eerste en grootste groep, die ongeveer 40 procent van het totale aantal omvatte bevat, zoals dat door de auteurs wordt aangeduid, zogenaamde gemakkelijke kinderen in die zin dat zij een combinatie van de volgende factoren vertonen: een positieve stemming in het algemeen; regelmatige functies — hetgeen bijvoorbeeld het eten en de zindelijkheid zeer vergemakkelijkt —; een lage tot matige intensiteit van reacties; een gemakkelijke aanpassing aan verandering en in het algemeen een positieve

* Voordracht, gehouden tijdens de door de Commissie voor de Artsencursus Rotterdam georganiseerde studiedag „Kinderen zijn ook mensen”, november 1971.